UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°157

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1920

PAR

TIMSIT (Elie-Jules)

Né à Alger (Algérie), le 26 mars 1888

Ancien interne des hôpitaux de Nimes

Décoré de la Croix de Guerre (2 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- De ROUVILLE, profes. adjoint, *Président.*
- FORGUE, professeur
- RICHE, agrégé. } *Assesseurs*
- P. DELMAS, agrégé.

MONTPELLIER

" L'ABEILLE " IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°157

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1920

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV LEIDEN

PAR

TIMSIT (Elie-Jules)

Né à Alger (Algérie), le 26 mars 1888

Ancien interne des hôpitaux de Nimes

Décoré de la Croix de Guerre (2 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- DE ROUVILLE, profes. adjoint, *Président.*
- FORGUE, professeur.
- RICHE, agrégé.
- P. DELMAS, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

" L'ABEILLE " IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
N...	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O. ✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲).
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✲).
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O. ✲ ✲), a. l. c. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (c. d. c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé (c. d. c.)
Microbiologie	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie	WATON (✲ ✲) (Dr) (c. d. c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (✲) ch. d'ag.
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE.	RIMBAUD (✲).	

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, profes. adj., présid[t]; FORGUE, prof.; RICHE, agrégé; P. DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AVANT-PROPOS

Au moment de clore nos études médicales et de nous lancer dans une nouvelle existence, moins facile sans doute, tournons la tête vers les horizons vus : ce sont nos études médicales entreprises avec méthode et interrompues subitement par la guerre, vision sinistre qui sera peut-être la seule étape vraiment marquante de notre existence ! Nous quittons tout, le 2 août 1914, pour aller à la frontière. Pendant toute la guerre, nous ne marchandons ni nos efforts, ni nos peines, pour venir en aide aux malheureuses victimes du terrible fléau. La Marne ! l'Aisne, l'Artois, les Pays-Bas, la Champagne ! heures tragiques s'il en fût !

Puis ce fut le retour, et là, nous ne pouvons penser sans une certaine émotion à l'accueil qui nous est fait par nos Maîtres de l'Ecole de médecine de Marseille.

Nous tenons à adresser à M. le docteur Alezais, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille, le témoignage de notre plus profonde gratitude. Il restera pour nous le type du maître affable, du praticien intègre, du savant consciencieux et modeste.

Que M. le professeur Guérin-Valmalle, chez qui nous

avons fait notre stage d'accouchements, reçoive ici nos sincères remerciements.

Nous tenons ici à exprimer notre plus profond respect à M. le docteur Louge, chirurgien des hôpitaux de Marseille, dont le souvenir sera toujours intimement lié à l'une des périodes les plus tristes de notre Histoire !

Nous nous inclinons respectueusement devant nos Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier.

Nous adressons le témoignage de notre plus profonde gratitude à M. le professeur de Rouville, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Enfin, nous ne pouvons arriver à notre dernier acte scolaire sans exprimer notre reconnaissance filiale à ceux qui nous ont fait vraiment docteur : grands-parents, mère et père, aux conseils si sages et si aimants.

Nous ne savons si l'étude que nous esquissons aujourd'hui sur les fibromes de l'ovaire répondra à notre désir ; nous avons composé une thèse plutôt de mise au point que d'originalité, nous souvenant du mot de Morgagni : « Longe mihi potior cura est veritatis quam novitatis. »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Jusqu'à une époque récente il était classique de ne décrire comme lésions de l'ovaire que des kystes (kystes mucoïdes, dermoïdes, mixtes), des annexites, telles que la salpingo-ovarite.

A côté de ces lésions que l'on rencontre couramment en clinique chirurgicale, il en est une qui, en raison de son évolution peu commune, paraît être une tumeur extrêmement intéressante : nous voulons parler du fibrome de l'ovaire.

En présence de malades souffrant de l'abdomen et des lombes, avec ménorragies plus ou moins longues ou au contraire avec une aménorrhée, en présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse de l'ovaire perceptible à la palpation, l'on est peu enclin à porter le diagnostic de fibrome de l'ovaire.

C'est pourquoi, à propos de deux cas récents observés dans le service de M. le professeur de Rouville à l'hôpital Suburbain de Montpellier, nous nous proposons d'étudier ces lésions tant au point de vue clinique qu'au point de vue de la conduite à tenir.

HISTORIQUE

On ne discute plus aujourd'hui sur l'existence des fibromes purs de l'ovaire et une sorte de moyenne s'est établie entre l'opinion de Smith Greig qui les déclare inconnus et celles de Waldeyer et Spencer Wells qui n'ont jamais rencontré dans ces tumeurs de fibres musculaires.

Dans ces vingt dernières années, des travaux extrêmement approfondis sont venus apporter des éléments précis qui ont de suite attiré l'attention sur cette question.

Une étude intéressante en a été faite par Dartigues, étude publiée dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (1899).

Les faits rapportés par Homans, Gripat, Dubar (1893), Ledoux, Veyssière, Picqué, Lauwers, Jacobs, Puech (1905), Bégouin (1907), Dreyfus (thèse de Paris, 1907), Mériel (1908), Vautrin et Hoche (1909) et d'autres, ne laissent aucun doute sur leur réalité, et le dernier recensement permet d'évaluer à 2 ou 3 p. 100 la proportion des tumeurs ovariennes purement fibreuses.

Nous devons citer aussi une observation que Munde a publié dans l'*Amer. J. of obst.* (New-York, 1889) qui corrobore bien avec les deux cas que nous allons exposer.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. P. Delmas, professeur agrégé d'obstétrique.)

La première observation concerne une nommée M^lle T..., âgée de 36 ans, qui entre dans le service de gynécologie pour des ménorragies abondantes. Dans ses antécédents de nullipare sont notés une menstruation normale et de la leucorrhée (jaunâtre) assez abondante. Elle se plaint d'avoir depuis six mois des pertes rouges abondantes ; ses règles durent quinze jours, elle souffre de la région lombaire.

A l'examen de cette malade on ne signale rien de particulier à l'inspection. A la palpation, ventre souple et indolore. Le toucher nous révèle la présence d'un polype fibreux du volume d'une grosse noix, très mobile, à pédicule court, inséré sur la paroi antérieure du trajet cervical par l'orifice externe duquel il fait issue.

A droite de l'utérus se trouve une tumeur dure, régulière, très mobile, du volume d'un œuf de poule.

Dans un second examen, pratiqué deux ou trois jours plus tard, cette même tumeur est remontée non plus à droite de l'utérus, mais en avant de lui, dans le cul-de-sac vésico-utérin. Enfin un dernier examen, pratiqué quelque temps avant l'opération, montre la présence de cette tumeur à sa place primitive, c'est-à-dire à droite de l'utérus.

Le toucher a toujours été pratiqué dans le décubitus dorsal.

Comme suite à ces constatations, nous concluons que ces ménorragies sont dues au polype utérin et que la tumeur dure et mobile rencontrée tantôt à droite, tantôt en avant de l'utérus est, soit un fibrome utérin (sous-séreux) pédiculé, soit un fibrome de l'ovaire.

Dans les urines on ne décèle ni sucre, ni albumine.

De toute façon l'intervention était doublement indiquée. Elle fut pratiquée par M. le professeur Delmas, qui utilisa pour l'anesthésie la rachianalgésie cocaïnique, méthode dont il est le novateur (1).

Le polype est d'abord enlevé par section de son pédicule à sa base ; puis hystérectomie vaginale totale par le procédé de l'hémisection antérieure ; les annexes gauches descendent les premières ; les annexes droites sont représentées par une tumeur du volume d'un œuf de poule. Ligature soignée des deux ligaments larges. Pas de liquide ascitique.

Examen anatomo-pathologique des pièces :

Muqueuse utérine enflammée, annexes gauches sensiblement normales. A droite de l'utérus, tumeur volumineuse, très dure, régulière, lisse, ne présentant pas

---

1) Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier (Séance du 2 avril 1919).

la moindre trace d'adhérences, de la forme d'un haricot, avec un bord convexe et un hile au-dessus duquel on observe un très léger mamelon. Cette tumeur n'est autre que l'ovaire droit relié à l'utérus par un pédicule assez dur, court et épais : le ligament utéro-ovarien. Il est d'une coloration bleuâtre due à la présence dans son épaisseur de vaisseaux oblitérés par la fibromatose et dont le vestige est visible à la surface de la tumeur où ils sont représentés par des traînées bleuâtres. A la coupe, pratiquée suivant son bord convexe, on se rend compte qu'elle est uniformément fibreuse (la tumeur crie sous le couteau).

Il semble donc que l'on soit en présence d'un fibrome de l'ovaire. Malheureusement, les circonstances n'ont pas permis de pratiquer l'examen histologique de cette tumeur.

Les suites opératoires ont été des plus correctes, et, vingt jours après, la malade quitte le service en parfaite santé. Revue deux mois après l'intervention, son état était des plus satisfaisants.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville.)

La seconde observation concerne une jeune fille de 17 ans qui vint voir M. le professeur de Rouville pour la première fois le 10 novembre 1910.

Ce qui frappe au premier abord, c'est que la malade a fort belle apparence et sa bonne mine cadre assez mal

à priori avec les symptômes, de date déjà lointaine, qu'elle accuse.

Réglée à 12 ans, très normalement, puisqu'il y a six mois elle n'avait jamais été malade ; ses antécédents héréditaires sont excellents ; jamais elle n'a souffert du ventre ; elle a toujours été constipée ; mais pas de ténesme rectal, pas de troubles à la miction. C'est par hasard que la jeune malade s'est aperçue, il y a un an, de l'existence d'une petite tumeur, du volume d'une mandarine, dans la région sus-inguinale droite ; elle ne s'en inquiéta pas, lorsqu'il y a six mois est apparu un suintement hémorragique qui persiste depuis lors sans interruption avec exacerbation au moment des règles. C'est la persistance de cette hémorragie qui la décide enfin à consulter un médecin.

L'examen de la malade permet de constater l'existence d'une voussure considérable au niveau de la partie latérale droite de l'abdomen ; cette voussure se prolonge en haut jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et atteint en bas les régions sus-inguinale droite et hypogastrique.

Par la palpation, le chirurgien se rend compte que cette voussure est due à une tumeur intra-abdominale très dure, très irrégulière, largement bosselée et mobile latéralement ; à la mobilisation aucune douleur ; matité à la percussion.

Le toucher combiné au palper permet de délimiter nettement l'utérus qui est petit, rejeté en avant et légèrement à droite. Sans aucun doute la tumeur est indépendante de l'utérus ; la recherche des mouvements communiqués donne à cet égard des résultats significatifs. Le cul-de-sac de Douglas est rempli par une masse dure, très

irrégulière, qui se prolonge dans le cul-de-sac latéral gauche.

La tumeur abdominale mobilisée dans le sens transversal entraîne des masses palpables par voie vaginale ; il y a donc continuité entre les tumeurs abdominales et pelviennes ; ces dernières ne sont pas enclavées et on arrive facilement à les mobiliser directement par une pression digitale un peu forte. Le diagnostic de tumeur ovarienne s'impose. En effet la consistance, dure en tous points, de cette tumeur, son volume, l'absence de douleurs, la conservation parfaite de l'état général font successivement rejeter l'idée de kyste ovarique, proligère et dermoïde, de sarcome ovarien, avec quelques réserves toutefois à ce sujet, car nous n'ignorons pas l'intégrité souvent fort longue de la santé générale aux cas de néoplasmes malins de l'ovaire.

A l'analyse des urines, ni sucre, ni albumine.

La malade est opérée le 12 novembre ; anesthésie à l'éther goutte à goutte, après injection sous-cutanée d'atropo-morphine ; position de Trendelenburg ; laparotomie.

Après incision du péritoine, il s'écoule de 500 à 600 grammes de liquide ascitique citrin. Cette ascite, en somme peu abondante, n'avait pas été diagnostiquée « ante apertum » ; un pédicule grêle retient seul dès lors dans l'abdomen la tumeur extériorisée : c'est l'ovaire dont l'apparence macroscopique rassurante paraît autoriser la conservation partielle. Surjet au catgut fin sur la portion d'ovaire respectée. Examen des annexes gauches, reconnues saines. Fermeture de l'abdomen à trois plans. Guérison sans incident.

Trois mois plus tard, la malade est revue en excellent état de santé.

Examen anatomo-pathologique des pièces :

a) *Examen macroscopique.* — On voit vers le milieu de la face inférieure de la tumeur une petite éminence présentant une section nette et creusée de cavités kystiques : c'est le pédicule du fibrome. Quant à l'ovaire proprement dit, on n'en aperçoit que les deux tiers environ, l'autre tiers ayant été laissé dans l'abdomen parce qu'il avait paru sain.

Cette tumeur, de consistance très dure, pèse 1600 grammes, c'est-à-dire un joli poids pour un fibrome pur, mais non exceptionnel. Elle est très irrégulièrement et largement lobulée. Ce signe de la lobulation, rappelons-le, a une importance capitale, le sarcome se présentant macroscopiquement plutôt sous la forme d'une tumeur lisse. Cette tumeur est faite de grosses masses agglomérées au nombre de quatre, séparées par de profonds sillons ; celle de droite, en forme de cœur, plonge dans le cul-de-sac de Douglas et refoule en partie le cul-de-sac latéral gauche du vagin.

b) *Examen microscopique.* — Les coupes pratiquées sur cette tumeur montrent que l'on est en présence d'un fibrome pur et non d'un fibro-myome ; elles montrent aussi des travées d'un tissu à fibres plates, ondulées, parfois disposées en tourbillon. Cette disposition fibrillaire constitue une rareté anatomo-pathologique.

PATHOGÉNIE

Les fibromes de l'ovaire sont des tumeurs bénignes à point de départ vasculaire. L'histogénèse a montré, en effet, que ces néoplasmes se développaient presque toujours autour d'un vaisseau.

On sait, d'autre part, que tout fibrome est composé de lobules agglomérés : chacun de ces lobules constitue l'unité histologique dont le centre est occupé par un vaisseau axile, point de départ de la formation néoplasique et au niveau duquel s'opère un développement anormal du système vasculaire utéro-ovarien. Ce processus étiologique n'est pas fait pour nous étonner, lorsque l'on songe aux variations considérables de la circulation utéro-ovarienne à l'occasion des règles, consécutivement à une métrite.

Cette prolifération de cellules fibreuses a pour conséquence une réaction hypertrophique de la glande et en particulier du tissu conjonctif : les néo-capillaires s'entourent d'éléments musculaire et conjonctif jeunes. Ce sont là autant de noyaux fibromateux développés sur un ou plusieurs districts vasculaires.

Nous devons pourtant, pour être d'accord avec les

faits, émettre quelques réserves sur cette origine vasculaire des fibromes ; car ce n'est pas là un processus constant, les vaisseaux n'étant pas toujours le centre invariable de ces productions.

Ces considérations d'ordre physiologique et histologique nous conduisent à nous demander si l'âge, la profession, le degré de parité peuvent avoir quelque influence sur la pathogénie de cette affection.

L'âge ne paraît influer en rien sur la genèse de ce genre de tumeur. De nos deux malades, l'une avait 17 ans, et était encore vierge, l'autre avait 36 ans.

Les grossesses antérieures ne paraissent pas davantage avoir quelque influence sur la pathogénie des fibromes de l'ovaire.

Nous n'insistons pas sur la question de la profession.

Il serait maintenant intéressant de se demander si des malades présentant des lésions utéro-annexielles peuvent être davantage portées à présenter des tumeurs fibromateuses de l'ovaire. Certes, la question ne manquerait pas d'un certain intérêt. Tout ce que l'on peut affirmer, c'est qu'il n'est pas rare de rencontrer chez une même malade un fibrome utérin à côté d'un fibrome ovarien.

En tout cas, le processus étiologique de ces tumeurs reste extrêmement obscur, comme d'ailleurs la pathogénie de toutes les tumeurs en général, qu'il s'agisse de tumeurs bénignes ou malignes.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Nous basant sur les deux cas de fibrome de l'ovaire que nous venons d'exposer et sur les travaux faits à ce sujet, voyons comment se présentent le plus habituellement les caractères cliniques de cette affection, comment doit se pratiquer l'examen minutieux de ces différents symptômes si l'on veut arriver à poser un diagnostic précoce.

Signes fonctionnels. — Les fibromes de l'ovaire passent par une période de latence plus ou moins longue et ne se révèlent souvent qu'à l'occasion d'une intervention, d'un examen gynécologique ou par la présence de l'ascite, ou encore par un syndrome douloureux.

a) *Latence des fibromes ovariens.* — Les tumeurs fibreuses de l'ovaire ont été très rarement observées à leur début, et, quand elles le furent, ce fut souvent, soit au cours d'une laparotomie faite pour une autre cause, soit au cours d'une intervention pour fibrome de l'ovaire à peu près diagnostiqué. On a pu par la même occasion constater une dégénérescence fibreuse similaire du côté opposé, représentant un stade initial surpris tout à fait par hasard.

On conçoit aisément que, vu son volume restreint, le fibrome ovarien ne s'accompagne pendant longtemps d'aucun trouble. Il est donc difficile, jusqu'à ce stade, de faire un diagnostic différentiel entre un ovaire fibromateux, un ovaire scléreux ou scléro-kystique et un petit kyste de l'ovaire au début.

La plupart du temps et dans l'immense majorité des cas, les fibromes de l'ovaire passent inaperçus : c'est ainsi que, dans les deux cas précédemment exposés, la première malade ne se décida à se faire examiner que lorsqu'elle eut des ménorragies assez abondantes et des douleurs dans le bas-ventre, irradiées vers la région lombaire, douleurs dont elle se plaignait d'ailleurs depuis déjà 6 mois.

Quant à la seconde malade, on a vu, dans l'exposé de son observation, comment elle ne s'aperçut que d'une façon fortuite de l'existence d'une petite tumeur du volume d'une mandarine dans la région sus-inguinale droite. Encore n'éprouva-t-elle quelque inquiétude que lorsque, six mois après, elle constata un suintement hémorragique persistant.

Donc, une des caractéristiques des fibromes de l'ovaire, comme d'ailleurs de toute tumeur ovarienne en général, c'est sa longue latence.

b) Révélations faites par la présence d'ascite. — Dans certains cas, c'est par l'ascite que se révèle la tumeur. Dans le traité de gynécologie du professeur Pozzi, nous trouvons : « C'est souvent l'ascite qui attire tout d'abord l'attention...; lorsque ce symptôme manque, la tumeur peut rester ignorée ou n'être découverte que par hasard. » Dans notre seconde observation, la malade avait bien de l'ascite, mais cette ascite étant peu

abondante (5 à 600 grammes) ne fut pas diagnostiquée par le chirurgien lors de l'examen clinique de la malade.

Quoi qu'en dise Pozzi, le diagnostic de fibrome de l'ovaire par l'ascite n'est qu'un fait exceptionnel. On signale cependant un fait où l'ascite fut considérable d'emblée, attira la première l'attention, ce qui fit penser à un kyste de l'ovaire.

c) *Révélations par des phénomènes douloureux.* — Rien de variable comme l'élément douleur dans les fibromes de l'ovaire : la douleur peut manquer pendant tout le cours de l'évolution du néoplasme; elle peut être précoce ou tardive; elle peut aller en augmentant ou en s'atténuant pour disparaître après avoir été plus ou moins vive. Dans nos deux observations, on a vu combien le facteur « douleur » était peu saillant.

Ceci est pour l'intensité de la douleur. Quant au siège de cette douleur, il ne paraît pas nous éclairer davantage : ce sont tantôt des douleurs latérales dans les régions annexielles, tantôt des douleurs irradiées vers le creux hypogastrique. Les douleurs peuvent aussi affecter le caractère de coliques très vives et s'accompagner de métrorragies. Gripat cite le cas d'une malade qui fut prise de douleurs expulsives, comme si elle allait accoucher, et cela pendant 10 jours; au bout de ce temps, son ventre augmenta subitement de volume.

d) *Début par des troubles de la miction*: — Munde (de New-York) cite un cas où le début de l'affection, remontant à deux ans, fut marqué par des troubles de la miction, en même temps que la malade vit son ventre augmenter de volume.

Chez ces malades il arrive quelquefois que le fibrome de l'ovaire se révèle par des symptômes fonctionnels pouvant se grouper en deux chapitres : ce sont d'abord

des troubles de la menstruation ; puis des troubles de compression.

Les premiers consistent en pertes séreuses ou blanchâtres, en pertes de sang plus ou moins profuses ou bien encore dans la suppression des règles. Il a été donné au chirurgien de rencontrer des cas de fibromes de l'ovaire avec menstruation normale, des cas de fibromes de l'ovaire avec pertes ménorragiques, des cas de fibromes de l'ovaire avec métrorragies et enfin des cas où ces fibromes ovariens ont amené une suppression totale des règles.

Nous croyons utile d'insister quelque peu sur cette ménopause précoce.

La suppression menstruelle peut être comptée comme un symptôme assez fréquent des fibromes de l'ovaire, survenant au moment où ces néoplasmes font ou ont fait leur apparition, c'est-à-dire ont acquis un certain volume, ou à l'occasion d'une poussée d'accroissement ne paraissant avoir aucune relation avec l'âge de la malade, mais semblant coïncider avec des tumeurs fibreuses de grandes dimensions et chez des femmes qui, pour la plupart, n'ont jamais été enceintes.

Nous concluons donc qu'à part le volume considérable de la tumeur fibreuse de l'ovaire, rien ne semble influer sur la ménopause anticipée.

Après les troubles de la menstruation qui généralement attirent tout d'abord l'attention, peuvent survenir des troubles de compression. Ces phénomènes peuvent s'exercer soit sur les nerfs ou les vaisseaux, soit sur les viscères (intestin, rectum, vessie, uretère). On sait que les compressions nerveuses entraînent de la douleur. Or nous avons vu des cas de fibromes de l'ovaire ne s'accompagnant d'aucune douleur. Nous avons vu aussi

des cas où le début, marqué par des douleurs, est suivi d'une évolution indolente ou à peu près.

D'autres fois, la tumeur ovarienne s'est manifestée déjà par d'autres symptômes, en particulier par l'accroissement de volume de l'abdomen et l'apparition de la tumeur.

Enfin, il est des cas où la douleur constitue le seul symptôme (ou bien un phénomène simultané des autres symptômes) présent pendant toute l'évolution de la tumeur.

Signes généraux. — A quelques rares exceptions, on peut dire qu'une des caractéristiques des fibromes de l'ovaire, c'est le presque parfait état général qu'il comporte. La santé n'est nullement altérée. C'est le cas de nos deux malades qui paraissaient même jouir d'une santé resplendissante. Le visage avait gardé son teint, les forces étaient conservées intégralement. Les fonctions digestives se faisaient normalement : pas de vomissements, ni de troubles dyspeptiques. On ne nous signalait pas le moindre amaigrissement.

La fonction urinaire n'est généralement pas troublée : les urines sont claires, abondantes, sans albumine, ni sucre.

Mais, si cet état satisfaisant se maintient souvent avec des tumeurs volumineuses et parfois considérables compliquées d'ascite, il est pourtant des cas où l'apparition de ces tumeurs entraîne un amaigrissement rapide pouvant aller jusqu'à la cachexie.

EVOLUTION, DURÉE, COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

L'évolution des fibromes de l'ovaire est variable comme durée et sa terminaison ne peut être exactement appréciée, car, pour ne citer que nos deux observations, l'opération est venue mettre un terme, artificiel en quelque sorte, au processus néoplasique.

Il est cependant intéressant de savoir dans quelles limites, depuis le début apparent, les malades sont venues trouver le chirurgien, affaiblies ou gênées qu'elles étaient par leurs hémorragies, ou inquiètes d'une suppression menstruelle anticipée, ou encore le plus souvent troublées par une tumeur devenant visible par l'augmentation de volume de l'abdomen. On a vu, en effet, ces tumeurs varier de quelques mois à 2, 3 et même 5 ans.

Il est intéressant de signaler que le fibrome de l'ovaire a été, chez les vieilles femmes, une trouvaille d'autopsie.

Nous devons ajouter, pour être complet, que l'évolution de ces tumeurs peut être interrompue par des complications diverses, dont quelques-unes sont mortelles.

Si chez nos deux malades les hémorragies se bor-

naient à un mince filet de sang, on a vu des cas où les hémorragies étaient tellement abondantes qu'on avait été obligé d'avoir recours au tamponnement.

Quant aux poussées de pelvi-péritonite, elles ne sont pas rares, comme d'ailleurs dans toutes les affections pelviennes.

On peut aussi rencontrer simultanément un fibrome utérin à côté d'un fibrome ovarien.

Une complication importante, entraînant l'intervention opératoire immédiate, est la coïncidence d'un sarcome de l'ovaire d'un côté avec un fibrome de l'ovaire de l'autre. On pourrait d'ailleurs se demander à ce propos si les fibro-sarcomes de l'ovaire ne seraient pas des fibromes en voie de dégénérescence.

TRAITEMENT

Dès que le diagnostic de fibrome de l'ovaire est posé, il s'agit de prendre une décision au sujet de la conduite à tenir.

D'un traitement médical, il ne doit même pas en être question ici, car on ne voit pas très bien quelle médication on pourrait employer en présence d'une tumeur, bénigne il est vrai, mais en évolution.

Le traitement chirurgical constitue une indication. Comme dans les deux cas de fibromes ovariens qui ont été opérés et qui ont guéri, on devra pratiquer une intervention chirurgicale. On doit, selon les circonstances, faire soit une hystérectomie vaginale totale, comme dans le cas de la première observation, soit une laparotomie dans le cas où une portion d'ovaire seule serait à extirper.

CONCLUSIONS

I. — Le fibrome de l'ovaire est une tumeur assez rare, et pourtant le chirurgien doit toujours y penser en présence d'une malade atteinte d'affection ovarienne.

II. — Le fibrome de l'ovaire peut se rencontrer aussi bien chez les jeunes filles à peine réglées que chez les femmes au voisinage de la ménopause.

III. — Les modifications menstruelles observées au cours du fibrome de l'ovaire seraient dues plutôt à un état métritique concomitant qu'au fibrome ovarien lui-même.

IV. — Il faut avoir présent à l'esprit le tableau clinique de cette affection pour intervenir rapidement si l'on ne veut pas voir survenir de graves complications.

V. — Les lésions anatomo-pathologiques nous ont appris qu'il faut se méfier de voir cette tumeur bénigne dégénérer en un sarcome.

VI. — Des différentes tumeurs solides de l'ovaire, les fibromes sont les plus fréquentes ; mais, considérés isolément, ces fibromes sont d'une rareté assez grande.

VII. — On conçoit facilement que, plus le diagnostic aura été posé d'une façon précoce, plus le pronostic sera bénin, par suite de l'extirpation rapide de la tumeur.

VIII. — Le diagnostic de tumeur une fois posé, on ne doit pas s'attarder à une longue discussion pour en déterminer la nature, puisque l'indication opératoire s'impose d'urgence.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 mai 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 mai 1920.
Pour le Doyen :
Le Professeur délégué,
M. GRANEL.

BIBLIOGRAPHIE

Bégoin. — Journal de médecine de Bordeaux, 1907, p. 69.

Cazenouve. — L'ascite dans les fibromes de l'utérus (Thèse de Montpellier, 1908).

Dartigues. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1899, p. 793-820.

Delmas et Cohen. — Communication faite à la Société des sciences médicales de Montpellier, mai 1920.

Dreyfus. — Thèse de Paris, 1907.

Dubar. — Bulletin médical du Nord, 1893, t. XXXII, p. 7.

Faure (J.-L.). — Gynécologie.

Forgue. — Précis de pathologie externe.

Mériel. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1908, p. 143.

Pozzi (S.). — Traité de gynécologie.

Puech. — Gazette des hôpitaux, 1905.

Presse médicale, 1906, p. 130.

Revue de gynécologie, 1909, p. 55.

Rouville (de). — Comptes rendus des réunions d'obstétrique du 5 avril 1911.

Vautrin et Hoche. — Revue de gynécologie, 1909, p. 591.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!